

DES AGENTS PHYSIQUES EN PARTICULIER
DE LA ROENTGENTHERAPIE
ET DE L'ACTINOTHERAPIE DANS LES
ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

Le 5 Janvier 1940

par

Jean OJARD-CHILLET

Interne des Hôpitaux de Nice

Né à Cap-d'Ail, le 23 Février 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

MM. LES PROFESSEURS :

Doyen **Lucien CORNIL.**

Professeur **MOSINGER.**

— **POINSO.**

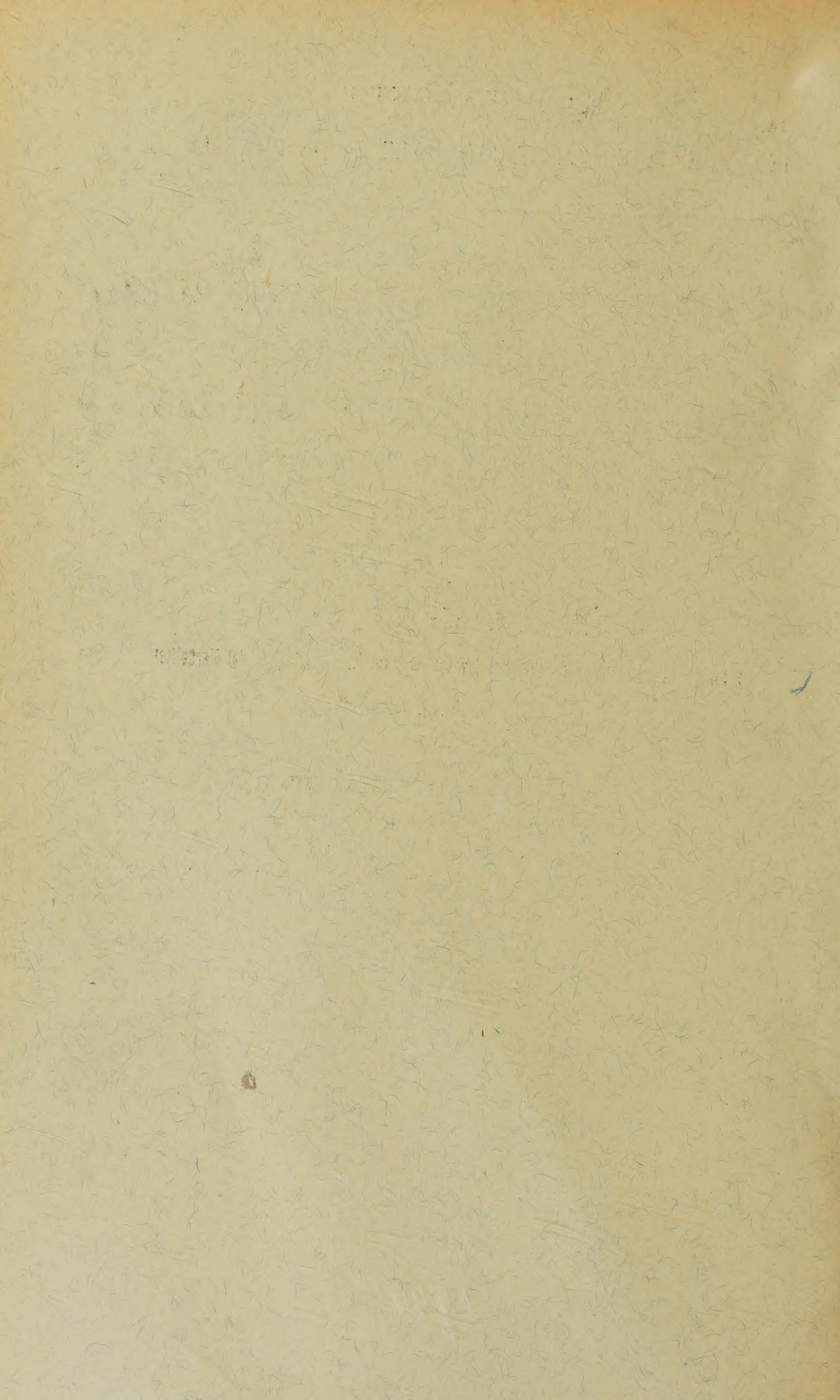
— **PAILLAS.**

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE

26, Rue Smolett, 26

N I C E

1940



**DES AGENTS PHYSIQUES EN PARTICULIER
DE LA ROENTGENTHERAPIE
ET DE L'ACTINOTHERAPIE DANS LES
ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES**

DES AGENTS PHYSIQUES EN PARTICULIER
DE LA ROENTGENTHERAPIE
ET DE L'ACTINOTHERAPIE DANS LES
ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

Le 5 Janvier 1940

par

Jean OJARD-CHILLET

Interne des Hôpitaux de Nice

Né à Cap-d'Ail, le 23 Février 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. LES PROFESSEURS:

Doyen **Lucien CORNIL.**

Professeur **MOSINGER.**

— **POINSO.**

— **PAILLOS.**

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE

26, Rue Smolett, 26

N I C E



PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : Lucien CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} GEORGE

Professeurs :

<i>Anatomie</i>	CORSY
<i>Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale.</i>	CORNIL
<i>Bactériologie</i>	ROUSLACROIX
<i>Chimie analytique et Hydrologie</i>	RIMATTEI
<i>Chimie médicale</i>	ROCHE
<i>Clinique chirurgicale</i>	FIOLLE
<i>Clinique chirurgicale</i>	BOURDE
<i>Clinique exotique</i>	N***
<i>Clinique des maladies nerveuses</i>	ROGER
<i>Clinique médicale</i>	AUDIBERT
<i>Clinique médicale</i>	OLMER
<i>Clinique médicale</i>	MATTEI
<i>Clinique médicale infantile</i>	GIRAUD
<i>Clinique obstétricale</i>	VAYSSIÈRE
<i>Clinique ophtalmologique</i>	AUBARET
<i>Clinique oto-rhino-laryngologique</i>	BREMOND
<i>Clinique urologique</i>	CHAUVIN
<i>Histoire naturelle</i>	GABRIEL
<i>Histologie</i>	ROMIEU
<i>Hygiène générale et coloniale</i>	VIOLLE
<i>Médecine légale</i>	MOSINGER
<i>Parasitologie</i>	JOYEUX
<i>Pathologie interne</i>	MONGES
<i>Pharmacodynamie et Matière médicale</i>	F. MERCIER
<i>Pharmacie</i>	VIGNOLI
<i>Physiologie</i>	COTTE
<i>Physique</i>	CHEVALLIER
<i>Thérapeutique</i>	GAUJOUX
<i>Stomatologie (Professeur sans chaire)</i>	BELTRAMI
<i>Physiologie (Professeur sans chaire)</i>	MALMEJAC

Chargé de Cours :

Clinique dermatologique VIGNE

Agrégés en exercice :

MM. PIERI

JAYLE

MOIROUD

CARCASSONNE

BERTHIER

POINSO

DUBOULOZ

SAUTET

BALANSARD

BRAHIC

FIGARELLA

MM. SALMON

PAILLAS

ARNOUX

DELPHAUT

IMBERT

AUDIER

CHOSSON

DOR

RECORDIER

Chargé des fonctions d'agréé :

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires :

Anatomie descriptive et topographique SALMON

Chimie minérale ARNOUX

Médecine du travail PERIOT

Médecine opératoire DOR

Microbiologie QUINTARET

Obstétrique CHOSSON

Pharmacie chimique DELPHAUT

Psychiâtrie ALLIEZ

Toxicologie GUILLOT

A MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME

A MES GRANDS-PARENTS

A MA SŒUR

A MA TANTE ET A MON ONCLE X. EMMANUEL

A MA TANTE CLEMENCE

AU CAPITAINE DE VAISSEAU ET MADAME HOMSY

A MA BELLE-SŒUR LUCE HOMSY

A MON COUSIN le Docteur Auguste CHARDON

Médecin-Major

Tué en Argonne, en Octobre 1915.

In Memoriam.

A M. le Doyen Lucien CORNIL

Doyen de la Faculté de Médecine,

qui a bien voulu présider cette thèse.

A MON JURY DE THESE

A M. le Docteur Vincent PASCHETTA

qui a inspiré cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NICE

Aux Docteurs Vincent PASCHETTA

BASSARGETTE

NICOLAS

BARDON

FITTE

DAUMAS

SPINETTA

Félix SIMON

André SIMON

A MES AMIS

Docteur REY

Docteur CHAUCHARD

Docteur DURANDY

Marcel SANSON

René MENARD

Docteur REVENUSSO

André DUBOST

INTRODUCTION

Dans cette brève étude, nous voulons dès le début limiter notre sujet, le définir exactement pour ne pas avoir à y revenir.

Volontairement, nous laisserons de côté l'héliothérapie et la curiethérapie. Nous parlerons brièvement de l'électrothérapie proprement dite, qui comprend les effluves de haute fréquence, l'étincelage et l'électrolyse. On a trop abandonné, à l'heure actuelle, ces méthodes qui, associées à la Roentgenthérapie, donnent d'excellents résultats.

Nous ne parlerons que de l'Adénite Tuberculeuse, cliniquement pure, laissant de côté les cas où une infection partie du rhino-pharynx ou des régions amygdaliennes peut laisser des doutes sur la nature vraie de l'adénite.

Nous ne nous occuperons pas non plus de ce que le Professeur Sargent appelle « la Syphilo-scrofule », quand un Wassermann positif ou un antécédent spécifique très net ou des stigmates très prononcés permettent d'en faire le diagnostic. Si, dans ces cas, les agents physiques que nous étudions sont associés à un traitement spécifique, il est difficile de conclure quel est celui des deux traitements qui a agi.

Au point de vue clinique, nous nous occuperons des deux types de malades, ceux chez qui la lésion est simplement inflammatoire, et ceux qui sont porteurs d'une adénite suppurée.

ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES

Les adénites tuberculeuses peuvent être :

a) Primitives, semblant former alors une entité clinique bien définie, mais elles ne sont que le témoin d'une imprégnation bacillaire de l'organisme.

Si la barrière ganglionnaire n'est pas forcée, l'adénite semble constituer à elle seule toute l'affection, mais dans bien des cas, surtout chez l'enfant, cette première ligne de défense que forme le ganglion, a été rompue et on trouve alors des lésions tuberculeuses multiples (cutanées, articulaires, osseuses, viscérales) qui évoluent soit au cours, soit au déclin des adénites tuberculeuses et même parfois longtemps après la guérison apparente de ces dernières.

b) Secondaires, apparaissant au cours de l'évolution de lésions tuberculeuses du squelette ou des parties molles.

L'adénite tuberculeuse peut se rencontrer à tout âge, bien qu'elle soit infiniment plus fréquente chez l'enfant à hérédité directe ou collatérale, chargée de tuberculose ; chez l'enfant déficier, sous-alimenté, chétif ou surmené, toutes conditions ouvrant la porte à l'infection tuberculeuse.

L'examen somatique de l'enfant atteint d'adénite tuberculeuse attire immédiatement l'attention : lèvres bouffies, dents cariées, impétigo du visage, des mains ou du cuir chevelu ; l'examen du cavum montre la présence de végétations souvent abondantes ; il n'est pas rare de constater aux yeux des séquelles de kératite, formant le tableau du « type scrofuleux » des anciens auteurs.

La région cervicale est le siège électif de l'adénite tuberculeuse. Les ganglions sous-maxillaires, jugulaires, sus-claviculaires, rétromastoïdiens, sus-sterno-cléido-mastoïdiens, quelquefois même, mais plus rarement, les ganglions occipitaux peuvent être pris, donnant sous les doigts l'impression de véritables chapelets.

Quel que soit le siège de l'adénite tuberculeuse, l'évolution de l'affection présente un type clinique facilement reconnaissable :

Granulations tuberculeuses, puis nodules se développant aux dépens du tissu lymphoïde, nodules évoluant vers la sclérose, qui est la forme de guérison la plus souhaitable et que cherche à produire le traitement roentgénéthérapique ; ou évoluant vers le ramollissement, la caséification, pour aboutir à la suppuration. Le tissu ganglionnaire est alors détruit, la coque fibreuse seule persiste et résistera quelque temps : l'abcès froid intra-ganglionnaire est constitué. Livré à lui-même, cet abcès n'a plus de tendance à la régression spontanée ; des adhérences se font au plan superficiel, aboutissant à l'ouverture à la peau.

C'est la phase de fistulisation qui durera jusqu'à ce que tout le tissu nécrosé du ganglion soit éliminé et lorsque la cicatrisation se fera, il restera au niveau du ganglion cette peau amincie et gaufrée caractéristique de l'affection.

Il existe deux formes principales d'adénites tuberculeuses cervicales : l'une consistant en un seul ganglion enflammé perceptible sous forme d'une masse régulière bien délimitée, d'un volume variant d'une amande à une noix, mobile sur les plans voisins. Au début, il est de consistance ferme, puis, après quelques semaines ou quelques mois, dans les cas favorables on assistera à sa fonte, lorsqu'il se sclérose, ou au contraire on le sentira se ramollir, devenir fluctuant, aboutissant alors à la suppuration et à la fistulisation à travers la peau.

Une autre forme montrera l'infection de multiples ganglions unis ou bilatéraux. On pourra alors les observer

aux différents stades de l'évolution, phase de simple empâtement, phase de ramollissement, phase de fistulisation. Souvent, plusieurs ganglions voisins les uns des autres se ramolliront et fistuliseront, formant alors une bande jalonnée d'orifices déchiquetés, à bords violacés et amincis. L'évolution pourra être alors très longue, durant des années et la cicatrisation aboutit à ce que les médecins anciens ont décrit sous le nom « d'écrouelles ».

Dans certaines formes, on peut voir des lésions de voisinage constituant une périadénite se surajouter à la lésion ganglionnaire proprement dite.

La tuméfaction peut être alors considérable, et, lorsqu'elle est bilatérale, le cou prend cet aspect particulier que l'on a appelé « cou proconsulaire ».

Cette forme semble indiquer une réaction de défense plus intense puisqu'elle n'aboutit que très rarement au ramollissement et à la fistulation ; mais la régression en est très lente et le médecin doit en aviser le malade et son entourage qui devront s'armer de patience.

L'état général des malades est très variable : le malade peut garder un aspect de floridité semblant au premier abord contredire la gravité du mal et ne pas exiger un traitement rigoureux.

D'autre fois, au contraire, il existe un tableau complet d'affection bacillaire dont l'atteinte ganglionnaire n'est qu'une manifestation, amaigrissement marqué, troubles digestifs, température vespérale.

Le diagnostic est en général facile : l'adénite aiguë, secondaire à une lésion infectieuse du voisinage a un début brusque, une évolution plus rapide, donne une température plus élevée.

L'adénite syphilitique n'a pas la même évolution et pourra être dépistée par les commémoratifs et surtout par l'examen du laboratoire, retenant toutefois que la gomme ulcérée peut prêter à confusion.

L'adénite secondaire au néoplasme de la langue, de

l'épiglotte ou du larynx, ne peut être confondue avec une adénite tuberculeuse. Dans la leucémie, on peut trouver une inflammation ganglionnaire multiple, mais l'examen du sang empêchera l'erreur de diagnostic.

Citons pour mémoire le sarcome ganglionnaire, la maladie de Hogdkin décrite en 1832, reprise par Trousseau sous le nom d'Adénie, mais qui s'accompagne de fièvre ondulante en même temps que de poussées ganglionnaires multiples. C'est une maladie à évolution fatale sur laquelle la radiothérapie peut avoir une action temporaire sans que nous sachions s'il s'agit d'une lésion néoplasique ou d'une forme tuberculeuse maligne. En cas de doute, une biopsie montrerait des cellules de Stenberg caractéristiques.

Il ne faudra pas non plus confondre un ganglion touché isolément, avec un lipome, un kyste, un fibrome, affections rares d'ailleurs dans la région cervicale. A la période de périadénite, on pourra hésiter sur la nature de l'affection, mais l'évolution éclaircira rapidement le diagnostic.

A la période de fistulisation, il faudra, par les commémoratifs et les divers examens cliniques et de laboratoires, éliminer la gomme et l'actinomycose ; s'assurer également que la fistulisation ne provient pas d'un point d'ostéite de la région sous-maxillaire, de la mastoïde ou des vertèbres.

La palpation attentive du squelette éliminera cette hypothèse ou la confirmera.

ROENTGENTHÉRAPIE

ACTION GENERALE SUR LES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES

Les premiers essais de Roentgenthérapie ont été faits en 1902, par Williams à Boston, et par Pusley à Chicago, puis Pfahler, Rodman et Varney, en Amérique également, obtinrent de bons résultats.

Ensuite, Heinecke à Leipzig, en étudiant l'action sur les tissus lymphoïdes, commençait à expliquer les raisons pour lesquelles les glandes hypertrophiées régressent. Et cette étude incita les radiologues et les médecins à essayer la nouvelle méthode. Le mouvement fut lancé en France par Bergonié (1904), Desplat, Redard, Robin et Bargeon ; en Belgique par Heindrix (1905) ; en Italie par Valobra (1906) ; et Roederer et Bonnelous consacrèrent en 1906 les deux premières thèses à ce sujet.

Les premiers résultats connus en France sont ceux de Guthrie en 1904, parus dans le « New-Orléans Médical Journal » et relatés dans les « Archives d'Electricité Médicale ».

Depuis cette époque, de nombreux auteurs (Islin, Mahar, Amundsen, Wetterstrand, Claessen, Reyn, Rüastrom, Wetterer, Chamberlin, etc.), se sont occupés de la question et ont publié d'intéressantes statistiques qui battent de loin celles que l'on obtenait par le traitement chirurgical.

Hans Tichy ayant comparé les deux statistiques, constatait, en 1921, que les Rayons X guérissaient 88,8% de malades, alors que les chirurgiens obtenaient à peine 25,6 % de guérison pour 73% de récidives.

MODE D'ACTION

Les Rayons X ont, dans les adénites cervicales tuberculeuses, une action presque uniquement locale, action qui fut beaucoup étudiée depuis trente ans.

Les différents auteurs qui s'occupèrent de la question sont actuellement d'accord pour reconnaître que :

1° Les Rayons X n'agissent pas directement sur les bacilles : aucun effet bactéricide quand on expose le microbe directement au-dessous de l'ampoule (Minck 1896, Pott 1897, Bergonié et Ferré 1897). Néanmoins, certains auteurs montrèrent que les Rayons secondaires avaient une action assez nette, et l'on pourrait alors penser que les rayons émis par les tissus irradiés pourraient avoir une certaine influence sur les microbes.

2° Les Rayons X produisent certaines modifications du milieu dans lequel vivent les bacilles, modifications qui aboutissent à la prolifération du tissu conjonctif et à la sclérose. On est actuellement d'accord pour reconnaître les faits, mais on ignore exactement comment les Rayons agissent pour produire ces résultats et de nombreuses théories ont été émises.

En résumé, action sur les bacilles des Rayons secondaires émis par les tissus largement irradiés ; action excitante fort problématique sur le tissu conjonctif, action indirecte plus certaine, soit destructive sur les cellules géantes, soit excitante sur la phagocytose, soit chimique (libération de lécithine), soit anti-toxique, et enfin une action cytolytique sur la prolifération lymphocytaire.

TECHNIQUE

Nous insisterons peu sur la technique, celle-ci n'intéressant guère que le spécialiste, néanmoins, nous indiquerons les principales idées directrices du radio-thérapeute.

Les Rayons X doivent être employés à des doses

moyennes (de 200 à 500 r par semaine, répartis en une ou deux séances, suivant l'aspect de la lésion, et répétés deux à trois fois, jusqu'à 1.000 et 1.500 r). Une série tous les un à deux mois. Quand le ganglion est très dur, ancien, sans périadénite, il est constitué essentiellement par du tissu fibreux, contenant quelques bacilles, et 400 r par séance et par semaine doivent être appliqués. Quand il est rénitent, mais n'est pas entouré de périadénite (c'est-à-dire non en activité), 300 r en une séance et par semaine suffisent en général.

S'il existe de la périadénite, ou si le ganglion est fistulisé, on peut donner 200 r deux fois par semaine. En présence d'un abcès ganglionnaire dont le pus est collecté, il vaut mieux ponctionner d'abord et irradier ensuite, car la collection purulente absorbe inutilement une partie du rayonnement (Cottenot). Les injections modificatrices avant l'irradiation peuvent être dangereuses, comme Specklin, de Mulhouse, l'a observé une fois.

La qualité du rayonnement est une chose importante à notre avis, car opérant sur des lésions superficielles, on n'est pas forcé, pour donner une dose suffisante, de filtrer fortement les rayons. Nous pensons, avec Paschetta, qu'il faut employer des rayons d'autant plus durs que la consistance du ganglion est plus dure. Et nous n'hésitons pas, pour certains cas, à employer le cuivre (0,5 mm) associé à 2 mm. d'AL. Nous avons même obtenu, dans un cas, grâce au cuivre, la guérison d'une adénite qui était peu améliorée par les rayons filtrés sur 5 mm d'AL.

Un troisième point important est la dimension du champ d'irradiation. Celui-ci doit être le plus grand possible, car il semble avoir été démontré (Cluzet, Rochaix, Kofman, Vozza, Trillat) que si les rayons directs n'ont aucune influence sur les microbes, le rayonnement secondaire aurait une certaine action bactéricide.

Les Rayons X doivent être employés à des doses moyennes de 200 r par séance, jusqu'à 1.200 r (2 ou 3 séances par semaine).

L'ACTINOTHERAPIE DES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES

A l'opposé des Rayons X, les Rayons Ultra-Violets ont une action générale.

Rappelons que les Rayons Ultra-Violets sont à la partie inférieure du spectre lumineux dans le domaine des Rayons invisibles, mais décelables grâce à leurs propriétés chimiques, en particulier leur grande action réductrice, facilement mise en évidence par la plaque photographique.

Ce sont des vibrations de l'éther caractérisées par des longueurs d'onde variant entre 2.000 et 4.000 Angstroms.

Les Rayons Ultra-Violets sont les rayons biologiquement actifs de la lumière solaire, puisque, comme l'a fait remarquer Bordier (en prenant des sources artificielles de Rayons Ultra-Violets, comme la lampe à vapeur de mercure et en quartz, D. Berthelot et V. Henri et d'autres auteurs ont réalisé des combinaisons chimiques qui ne se produisent pas à la lumière solaire, riche pourtant en ses irradiations. Au point de vue biologique, l'emploi des sources puissantes artificielles ont permis de reproduire en quelques minutes des expériences faites autrefois avec les rayons solaires après plusieurs heures. Les Ultra-Violets agissent de manière différente, soit qu'on les utilise en bains généraux ou en irradiations locales.

Peu actifs localement, car ils sont peu pénétrants (et ils ne peuvent guère agir qu'en excitant des cellules atones qui bordent les fistules) ils ont une action considérable sur l'état général qu'ils améliorent et ils permettent au malade de lutter plus efficacement contre l'infection dont il est porteur. En effet, au bout de quelques séances, le malade se sent mieux, euphorique, plus

fort ; l'appétit devient meilleur, ainsi que le sommeil. Le poids et le nombre de globules rouges augmentent.

Il semble bien démontré, à l'heure actuelle, que les Rayons Ultra-Violets n'ont absolument aucune action immédiate sur la formule sanguine (expérience de Traugott, Bordier, Ziegler, etc...) Mais, au bout de dix à douze séances, le nombre des hématies augmente ainsi que la teneur en hémoglobine, et la résistance globulaire. Cet enrichissement du sang en globules rouges est d'autant plus fort que le sujet était plus anémié. Les Rayons Ultra-Violets ont, au contraire, une action immédiate sur les leucocytes. Il se produit, sous leur influence, une augmentation du nombre des globules blancs qui persiste quelquefois trente-six heures. Dans certains cas, on note cependant une diminution.

TECHNIQUE

La technique de l'Actinothérapie est plus simple. Le choix de la lampe n'a pas, dans ce cas particulier, une importance très grande. Chaque modèle a des avantages et des inconvénients et les uns compensent les autres. Nous avons employé la lampe à vapeur de mercure et celle du Dr Saidman, à électrodes polymétalliques, sans avoir noté de différences bien grandes entre les résultats obtenus. Les irradiations générales se font en plaçant le malade devant la source lumineuse, complètement nu, à 1 mètre de distance et en irradiant successivement la face antérieure, puis la face postérieure du corps.

Nous commençons par exposer le malade pendant deux minutes sur chaque face, et nous augmentons de 1 à 2 minutes par jour, jusqu'à 20 minutes, en suivant les réactions du malade, en évitant l'érythème, qui n'est pas utile et qui est désagréable pour le malade. Néanmoins, de manière à donner la dose maxima que la peau peut supporter, nous le frisons constamment, au risque de produire

une légère rougeur passagère. Nous donnons cette dose maxima, qui est certainement utile, toutes les fois que l'on peut l'appliquer ; mais, nous ne croyons pas qu'elle soit indispensable. Bien des fois, nous avons assisté, surtout chez les enfants, à de véritables résurrections dès les premières séances, alors que la dose d'irradiation était minime.

Cette action, souvent si rapide, a fait penser que ces rayons agissent peut-être à la façon des diastases qui, avec des masses minimales, produisent des effets considérables (Paschetta).

Enfin, une fois la guérison obtenue, nous conseillons au malade une série de 10 à 12 séances de consolidation.

Les malades atteints d'adénite cervicale sont rarement des tuberculeux pulmonaires ; néanmoins, dans un certain nombre de cas, une adénopathie trachéo-bronchique est associée à la tuberculose du cou. Il faut alors surveiller le patient de très près et on a décrit à ce sujet un test thermique qui permet, en suivant le malade « le thermomètre à la main », de dépister très tôt les petits incidents d'intolérance et d'éviter les accidents signalés chez les tuberculeux traités par les Rayons Ultra-Violets : hémoptisies, poussées évolutives, généralisations.

Les applications localisées sont effectuées avec un localisateur, la lésion étant à 60 cm. environ de la source ; la progression est plus lente que pour les applications généralisées. Nous commençons par des irradiations de 1 minute et nous augmentons de 1 minute par séance.

Quand on associe les Rayons X et les Ultra-Violets, les deux rayonnements ne se contredisent pas quoiqu'en pensent certains auteurs. Et de même qu'Axel Reyn, nous n'avons jamais observé d'accidents. Axel Reyn a même pu guérir des radiodermes au moyen des Ultra-Violets. Nous signalons que Arret, Darrieux et Lepennetier ont obtenu d'excellents résultats en associant les Rayons X aux effluves à haute fréquence.

RESULTATS

Le but à poursuivre est double. Non seulement il faut chercher à éteindre l'affection, mais il faut réduire le volume du ganglion le plus possible de manière à faire disparaître la masse inesthétique, et surtout afin d'essayer d'obtenir une guérison anatomo-pathologique.

Or, celle-ci est assez rare, car il persiste souvent un petit noyau scléreux dans les mailles duquel on peut presque toujours retrouver des bacilles. Ceux-ci pourront un jour, sous une influence quelconque, à l'occasion d'un surmenage ou d'une diminution de l'immunité, se réveiller, reprendre leur activité, rompre la barrière conjonctive qui les tenait emprisonnés et déterminer une poussée évolutive. Pas plus que dans l'adénopathie trachéo-bronchique ou dans la tuberculose pulmonaire, le malade ne peut pas être considéré comme guéri, et à l'abri d'une récurrence ultérieure.

Néanmoins, l'important est d'éteindre la poussée évolutive pour laquelle le malade est amené. Au point de vue étude, nous avons divisé les adénites en deux grands groupes :

Celles qui suppurent et se fistulisent, et celles qui ne suppurent pas. Parmi ces dernières, il faut distinguer celles composées de ganglions entourés de périadénite, et celles dont les ganglions ne sont pas entourés de périadénite.

Dans le cours de notre développement, nous devrions laisser de côté les traitements qui ne sont pas purement physiques. Cependant, il nous est impossible de ne pas parler du Vaccin de Vaudremer VAV qui nous a valu quelques belles observations.

Par la Roentgenthérapie on réduit la lésion locale, mais on ne peut manquer d'être frappé par la fréquence des récidives en milieu hospitalier, contrastant avec leur rareté dans les milieux aisés qui, après le traitement, peuvent faire une cure climatique en montagne.

Les Rayons Ultra-Violets sont un excellent complément, comme nous l'avons dit plus haut. Mais, c'est depuis que nous avons institué l'emploi du vaccin de Vaudremer VAV, étiquette bleue, systématiquement chez tous les malades hospitaliers, que nous n'avons plus observé de récidives : autant elles étaient fréquentes autrefois, autant elles sont devenues rares aujourd'hui. Et chaque fois qu'un malade atteint d'adénite, convenablement traité par les Rayons X revient porteur d'une nouvelle poussée, nous apprenons qu'il a abandonné le Vaudremer ou qu'il ne l'a pas fait régulièrement.

Quatre séries par an et pendant trois à quatre ans semblent être un minimum indispensable pour permettre à un malade de continuer sa vie normale après la guérison roentgenthérapique, sans risquer de le voir revenir avec une nouvelle poussée évolutive.

GANGLIONS NON SUPPURES

Sans périadénite

Ce sont les plus difficiles à réduire et ceux dont la guérison est la moins complète. En effet, il s'agit le plus souvent de ganglions anciens peu actifs, ou bien dont la poussée est légère endoganglionnaire, le bacille étant gêné dans son développement par une masse importante de tissu conjonctif (consistance dure à la palpation). Dans ces cas, il faut employer des Rayons profonds et durs, d'autant plus durs que la consistance du ganglion est plus dure. A la Roentgenthérapie, il faudra associer les Ultra-Violets, car certains malades chez lesquels les Rayons X

ont échoué ont guéri dès que l'on a commencé à utiliser les Ultra-Violets.

La résolution se fait petit à petit, lentement, sans incident et parfois il faut attendre deux à trois mois après la cessation du traitement pour constater la guérison clinique de l'adénite.

Notre statistique porte sur trente-sept cas :

a) Association des U.V. et de radiothérapie profonde.

Nombre de cas	9
Guérisons	9

b) Association des U. V. et de la radiothérapie semi-profonde et superficielle (1.200 r par séance de 200 r, trois fois par semaine) :

Nombre de cas	16
Guérisons	5
Améliorations	9
Echecs	2

c) Radiothérapie isolée :

Nombre de cas	4
Guérisons	2
Amélioration	1
Echec	1

d) Actinothérapie isolée :

Nombre de cas	7
Guérisons	3
Amélioration	1
Echec	1
Malades ayant interrompu le traitement	2

Avec périadénite

Il s'agit là de malades dont l'infection a dépassé les limites du ganglion pour atteindre les tissus environnants. Les Rayons X font disparaître facilement la périadénite dans tous les cas et la radiothérapie superficielle, aidée par les U. V., suffit souvent pour réduire la masse ganglionnaire car celle-ci est la plupart du temps récente et en activité.

Néanmoins, il faut bien palper la tuméfaction, et cela pour deux raisons.

D'abord, pour reconnaître quelle est la consistance exacte du ganglion pour bien choisir la qualité du rayonnement à employer. Mais il est souvent difficile de percevoir le ganglion perdu dans la gangue de périadénite et à plus forte raison, de reconnaître sa consistance.

Dans le doute, il vaut peut-être mieux employer des rayons durs, car parfois, quand la périadénite a disparu, on se trouve en présence de ganglions très durs que seuls des rayons très durs peuvent réduire.

Néanmoins, comme dans la très grande majorité des cas il s'agit de lésions récentes et de ganglions relativement mous, on peut admettre à la rigueur qu'on peut essayer d'abord la radiothérapie superficielle, quitte ensuite, après l'intervalle nécessaire, et en cas d'échec, à employer des rayons plus durs.

En second lieu, il faut bien palper pour sentir s'il n'y a pas de zone pouvant faire craindre la suppuration, car celle-ci n'est pas rare et il est utile d'avertir le malade à l'avance, la suppuration peut être prévue grâce à des zones ramollies à côté d'autres plus fermes. Elle n'est pas d'un mauvais pronostic, au contraire, un ganglion qui suppure guérit en général plus facilement qu'un autre.

a) En associant les U.V. à la radiothérapie profonde, nous avons obtenu la statistique suivante :

Nombre de cas	3
Guérisons	3

b) Association des U.V. et de la radiothérapie semi-profonde ou superficielle :

Nombre de cas	8
Guérisons	4
Echecs	3
Malade ayant interrompu le traitement	1

c) Radiothérapie isolée :

Nombre de cas	5
Guérisons	3
Echec	1
Malade ayant interrompu le traitement	1

d) Actinothérapie isolée :

Nombre de cas	5
Guérisons	3
Amélioration	1
Echec	1

GANGLIONS SUPPURES

Les formes suppurées guérissent en général facilement, aussi bien par l'association des Rayons X et des U.V. que par l'association des U.V. généralisés et des U.V. localisés. Les Rayons X seuls et les U.V. isolés donnent de moins bons résultats.

La forme suppurée peut être secondaire à la précédente ou être cliniquement primitive, dans ces cas, les Rayons X associés aux U.V. arrêtent la suppuration et favorisent la formation de la cicatrice qui sera moins bourgeonnante, beaucoup plus esthétique. Elle prend « un bel aspect cosmétique » disait Kienbock. Les fistules anciennes avec clapier et lésions tuberculeuses de la peau, les cicatrices suppurantes des ganglions anciennement

enlevés sont généralement bien guéries par la Roentgen-thérapie.

Nombre de cas	10
Guérisons	9

Cheloïde (Radiothérapie seule) :

Nombre de cas	6
Guérisons	6

Traitement complémentaire (Association avec agents physiques).

Comme nous l'avons dit plus haut, l'emploi systématique du Vaccin de Vaudremer VAV nous a permis de ne plus observer autant de récurrences qu'autrefois. Et chaque fois qu'un malade atteint d'adénite se présente dans nos services, il est traité par les Rayons X et les U.V., et nous instituons un traitement au VAV.

Nombre de cas	17
Guérisons définitives	16

Ces malades ont été suivis pendant deux ans.

OBSERVATIONS

Nous ne pouvons, dans cet ouvrage, citer toutes nos observations. Nous nous bornerons à en présenter ici quelques-unes parmi les plus caractéristiques.

A) Association des U.V. et de radiothérapie profonde :

OBSERVATION I. — M. A..., 30 ans, infirmier, envoyé dans le service par le docteur Alfonsi, le 5 mai 1937 ; on sent à la palpation une série de masses dans la région carotidienne gauche, dures, mobiles, sans périadénite. Du 5 au 24 mai, 9 séances U.V. et 1.200 r. ; 24 mai, les ganglions ont presque disparu, il reste quelques vagues noyaux à peine sensibles à la palpation.

Trois autres séances d'U.V., du 28 mai au 2 juin.

OBSERVATION II. — Mlle R. P..., 27 ans, ménagère, a eu à la suite d'une pleurésie une série de poussées d'adénite qui guérissent spontanément. Deux ans après, nouvelle poussée beaucoup plus accentuée dans la région carotidienne gauche : présence de ganglions le long de la carotide, durs, mobiles, bien limités, sans périadénite. Pas d'appétit, peu de forces.

En deux mois : 24 séances U.V., son poids augmente. A la quatorzième séance d'U.V., les ganglions ont disparu, sauf un, dur et mobile ; à la vingt-quatrième séance, poids 54 kg., grosse amélioration de l'état général. Etat local identique. On institue sur le ganglion qui persiste 1.200 r. ;

un mois après la fin du traitement, le ganglion a complètement disparu.

B) Association U.V. et roentgenthérapie superficielle :

OBSERVATION III. — Mlle M.-L. L..., 25 ans, est porteuse, le 26 octobre 1936, d'une adénite gauche avec un ganglion de la taille d'un œuf de pigeon situé sur la partie postérieure de la branche inférieure du maxillaire. Ils sont très durs, très mobiles, sans périadénite. Traitement : du 26 octobre au 6 décembre, 14 séances d'U.V. et 1.600 r. ; le 7 décembre, le ganglion a considérablement diminué de volume ; nous continuons le traitement deux mois après guérison complète.

Ganglions avec périadénite

OBSERVATION IV. — M. H..., 31 ans, employé d'hôtel, est porteur, le 23 avril, d'un gros ganglion situé dans la région mastoïdienne gauche datant de six mois, de la taille d'un œuf de poule, assez dur, sans zone ramollie ni rénissante. Périadénite fixant le ganglion sur le plan profond. Peau de couleur normale. Poumons normaux. Bon état général ; pas de fièvre. D'avril à mai, 11 séances U.V. et 1.200 r. ; en mai, le ganglion a considérablement diminué.

A revoir dans un mois.

De juin à juillet : 10 séances U.V. et 400 r. ; fin juillet, à l'inspection on n'aperçoit plus aucune tumeur, à la palpation on ne sent rien. Guérison.

OBSERVATION V. — M. D..., 39 ans. Ganglion de la taille d'un œuf de pigeon. Région carotidienne droite. Périadénite importante. Association U.V., R. X. Même technique qu'observation IV ; guérison en quatre mois.

Roentgenthérapie isolée

OBSERVATION VI. — Mme M. C. D..., 29 ans, brodeuse, est envoyée en avril 1935 porteuse d'une adénopathie cervicale gauche avec périadénite, récidive d'adénite, ancienne et opérée. La malade est porteuse, en outre, de petits ganglions de la taille d'une noisette à la face interne de la cuisse gauche. Traitement : deux champs d'irradiation,

inguinale et cervicale, d'avril à juin ; 800 r. sur chaque champ. En juin, les ganglions ne sont plus perceptibles.

Actinothérapie isolée

OBSERVATION VII. — M. R..., 8 ans, 8 février 1938 : adénite cervicale droite, découverte à la suite d'un examen fortuit avec périadénite. Le ganglion a une consistance rénitente ; peu mobile, mal limité, situé sous l'angle de la mâchoire, dans la région carotidienne.

De février à avril, 30 séances d'U.V. généralisés ; légère diminution de l'adénite et augmentation de poids notable. Le traitement continue.

Ganglions suppurés

OBSERVATION VIII. — Mme A. N..., sans profession, se présente au service de Radiologie de l'Hôpital Saint-Roch en mars 1937, porteuse d'une d'une masse ganglionnaire gauche ; un des ganglions, postérieur, situé derrière la mâchoire, très adhérent, suppure abondamment. Le début remonte à un mois. Pas de fièvre. Poumons normaux. On commence un traitement association R. X. et U.V. De mars à avril : 12 séances U.V., 1.200 r. La suppuration devient plus fluide et plus aqueuse. La masse ganglionnaire diminue de volume ; les ganglions s'isolent plus facilement dans cette masse. Repos un mois. De mai à juin : 9 séances U.V. et 600 r. ; en mai, petite croûte autour de l'ancienne fistule. Fin juin, guérison ; plus de croûte ni d'induration ; les ganglions ont disparu. La cicatrice est souple ; pigmentation brune dans la région.

OBSERVATION IX. — H. L..., 18 ans, employé d'hôtel, arrive à l'hôpital le 2 février 1938 atteint d'adénite cervicale suppurée datant de deux mois et ayant débuté spontanément. Sous le bord inférieur du maxillaire droit, se trouve une fistule par laquelle s'écoule une quantité minime de pus ; bon état général ; poumons normaux. De février à mars : 12 séances U.V. Augmentation de poids : 2 kg. Fin mars, la suppuration est tarie. Chéloïde.

OBSERVATION X. — Mme C. B..., 28 ans, ménagère, est envoyée en mars 1937 pour cicatrice chéloïdienne consé-

cutive à l'extirpation d'un ganglion tuberculeux du cou. Petite fistule légèrement suintante. En un mois, 1.800 r., la chéloïde a beaucoup diminué de volume. Elle est plus souple ; plus de fistule, plus d'écoulement ; un mois après, la cicatrice reste visible, mais est beaucoup plus esthétique qu'auparavant.

Association VAV avec R. X et U.V.

OBSERVATION XI. — Mme D..., 24 ans, hôtelière, est atteinte en 1927 d'une adénite cervicale suppurée dès le début, située dans la région sous-maxillaire gauche, datant de trois mois, et survenue à la suite d'un état fébrile indéterminé qualifié de grippe. Bon état général, poumons normaux. En 1927, 12 séances U.V. et 600 r. ; la fistule se tarit. Quatre récurrences jusqu'au début de 1938. En janvier 1938, 12 séances U.V., deux séries VAV étiquette bleue, tout rentre dans l'ordre, sauf cicatrice chéloïdienne très inesthétique. Bien améliorée par 1.200 r. radiothérapie.

OBSERVATION XII. — M. C..., 18 ans, en janvier 1935 est envoyé pour adénite bilatérale datant de deux mois. Traitement : U.V., R. X. Guérison locale ; deux récurrences en 1936, 1937 au niveau des chaînes ganglionnaires carotidiennes.

Amélioration notable par séjour à l'altitude. Se présenté fin 1937 dans le service de Dermatologie de l'Hôpital Saint-Roch (tuberculose cutanée de la face). A l'examen, on constate en même temps une adénite bilatérale. On note un ganglion au-dessus de la clavicule droite et un autre à gauche, dans la région sous-maxillaire. De décembre 1937 à février 1938, 24 séances U.V. et deux séries VAV étiquette bleue ; en février, légère amélioration ; en avril-mai, 12 séances U.V. ; une série VAV ; augmentation de poids ; régression des masses ganglionnaires et, dans le service de Dermatologie, on note une grande amélioration de la lésion tuberculeuse de la face.

OBSERVATION XIII. — X. C..., 23 ans, se présente à la consultation de l'Hôpital Saint-Roch, porteuse d'une adénite cervicale de la grosseur d'un œuf de cane dans la région sous-maxillaire droite. Danseuse. Très amaigrie ; a déjà fait un séjour dans un sanatorium ; radiographie

pulmonaire récente ; assez bon état des poumons. A signaler, quelques ganglions axillaires et inguinaux. Hospitalisée. 12 séances U.V. en mai 1937 ; 1.200 r. sur adénite cervicale ; amélioration notable. On continue le traitement par les U.V. jusqu'à trente séances, en associant VAV, une série. En juillet, grande amélioration. Le poids a augmenté de 3 kg. Les ganglions cervicaux ont complètement disparu. La malade continue le VAV sur les conseils du médecin traitant ; trois séries en 1937, trois séries en 1938. Pas de récidives. Grande amélioration de l'état général.

CONCLUSIONS

Les Rayons X ont, sur les adénites tuberculeuses, une action locale. Cette action s'exerce à la fois sur l'infection tuberculeuse, et sur l'hypertrophie ganglionnaire ; les Rayons X n'ont aucune action directe sur le bacille ; ils ne sont pas bactéricides, exception faite peut-être pour certains rayons secondaires. Mais ils produisent des modifications du milieu dans lequel vivent les bacilles, modifications qui aboutissent à la prolifération du tissu conjonctif et à la sclérose.

Les Rayons Ultra-Violets ont une action à la fois générale et locale. Leur action générale est beaucoup plus importante ; le mécanisme de cette action est très discuté et presque encore inconnu dans l'état actuel de la science. Quoiqu'il en soit, après un certain nombre de séances, l'état général s'améliore considérablement, le poids du malade augmente ainsi que le nombre des globules rouges, et le volume des ganglions diminue considérablement. Par conséquent, on voit que l'association bien ordonnée des deux traitements paraît très logique ; elle paraît, en effet, donner des résultats meilleurs que ceux que l'on obtient en employant isolément l'un ou l'autre de ces traitements.

1° Dans les adénites non suppurées, sans périadénite, c'est l'Actinothérapie générale et la Roentgenthérapie profonde qui nous ont donné les meilleurs résultats.

2° Dans les adénites non suppurées avec périadénite, l'association des Rayons X et Ultra-Violets nous a donné d'excellents résultats.

Les Rayons X doivent être d'autant plus filtrés que le ganglion est plus dur à la palpation. Parfois, l'adénite suppure secondairement, le pronostic est alors bon.

3° Dans les adénites suppurées et ouvertes, la Roentgenthérapie superficielle associée aux Ultra-Violets généraux, et les Ultra-Violets généraux associés aux Ultra-Violets locaux, sont deux méthodes d'égale valeur qui donnent d'excellents résultats dans la très grande majorité des cas.

4° Si la Roentgenthérapie associée à l'Actinothérapie nous a donné d'excellents résultats, c'est depuis que nous avons institué l'emploi du vaccin de Vaudremer VAV étiquette bleue, chez tous nos malades que nous n'avons plus observé de récidives ; elles sont devenues très rares aujourd'hui ; chaque fois qu'un malade atteint d'adénite convenablement traitée par les Rayons X et les Ultra-Violets, revient porteur d'une nouvelle poussée, nous apprenons qu'il a abandonné le Vaudremer ou qu'il ne l'a pas fait régulièrement. Quatre séries par an et pendant trois ou quatre ans, semblent être le minimum indispensable pour permettre à un malade de continuer sa vie normale après la guérison Roentgenthérapique, sans risquer de le voir revenir avec une nouvelle poussée évolutive.

Nous n'avons pas parlé des accidents, cela systématiquement.

Les Rayons X appliqués avec discernement ne sont pas dangereux ; des milliers d'irradiations ont été faites depuis les premières publications.

Les accidents sont exceptionnels.

Dans son mémoire de 1911, Berthelot dit : « Parmi tous ces rayons qui brûlent, qui percent, qui corrodent, les Rayons Ultra-Violets détiennent un record : ce sont les plus dangereux de tous ».

D'autre part, si l'on en croit Saidmann, « il ne faut pas avoir de crainte superstitieuse des Ultra-Violets. Nous ne connaissons dans la littérature aucun cas de mort par actinothérapie chez l'homme ».

On a accusé les rayons Ultra-Violets de déclancher des poussées aiguës de tuberculose et même de produire des généralisations. Si celles-ci sont rares, il est certain que l'actinothérapie n'est pas inoffensive ; la recherche du test thermique est à ce sujet utile et permet de déceler les intolérances qui auraient pu passer inaperçues. C'est un moyen fidèle et facilement réalisable dans la pratique hospitalière, aussi bien qu'en clientèle.

« Nous pouvons ainsi, disait C. Paschetta, suivre le malade thermomètre en main et manier cette arme à double tranchant que constitue l'actinothérapie ».

Il est utile aussi de suivre la courbe de poids (test pondéral) et de sang (test sanguin) du malade pour se rendre compte exactement s'il est profitable au malade de continuer le traitement ou s'il vaut mieux l'interrompre momentanément ou définitivement.

Quelquefois, la cicatrice est exubérante ; la Roentgen-thérapie superficielle réduit très bien les bourgeons charnus de même que les chéloïdes post-opératoires. Un traitement au VAV nous assurera un avenir libre de récurrences, dans la plus grande partie des cas.

Vu et permis d'imprimer :

Aix-en-Provence,

1939

Vu : *Le Président du Jury,*

Vu : *Le Doyen,*

Lucien CORNIL.

Lucien CORNIL.

Le Recteur de l'Université,

GAU,

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD (Paris). — Action des Rayons X sur les Cultures microbiennes. (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1897).
- C. W. ALLEN. — Radiotherapy and phototherapy, including radium and high frequency currents; their medical and surgical application in diagnostic and treatment. Avec la collaboration de MM. Franklin et S. Stern. New-York et Philadelphie, 1904.
- P. AMUNDSEN (Oslo). — Roentgen treatment of glandular tuberculosis. 4th. Meeting of the « Nordisk Förening för Medicinnsk Radiologi ». Helsingfors, septembre 1925. (Acta Radiologica, IV, 4, 15 août 1925, n° 20, p. 340).
- BARBARIN et BRUNEAU DE LABORIE (Paris). — Traitement des adénites chroniques par les Rayons X. (La Clinique, 1913, n° du 10 octobre. Journal de Radiologie, 1914-1915, p. 54).
- J. BELOT (Paris). — Traité de Radiothérapie, Paris, 1905.
- BERGONIE (Bordeaux). — Sur l'action nettement favorable des Rayons X dans les adénopathies tuberculeuses non suppurées. 1905. (Compte rendu Académie des Sciences).
- Action des Rayons X sur la tuberculose ganglionnaire. (Congrès International de la Tuberculose, 1905).

RUSSEL H. BOGGS (Pittsburg). — Traitement de l'adénite tuberculeuse par les Rayons X. (New-York Medical Journal, 1916, 27 mai).

Tuberculosis adenitis and its treatment by Roentgentherapy. (American Journal Medical of Roentgentherapy, 1918, n° 9).

H. BORDIER (Lyon). — Action des Rayons X sur les albumines. (Congrès de Radiologie de Liège, 1905).

G. N. DOVRANCE. — Cervical adenitis. With special reference to the X Ray Method of treatment, 1927.

DUPEYRAC (Marseille). — La radiothérapie dans le traitement des adénites tuberculeuses. (Marseille Médical, 1927).

J. D. GIBSON. — The X Ray in tubercular and malignant diseases. (Archivs of Roentgen Ray, 1904).

GUTHRIE. — Radiothérapie dans les tuberculoses chirurgicales. (New-Orléans Médical and Surgery Journal, 1904).

LEPENNETIER (Paris). — Les Rayons X, la haute fréquence et l'électrolyse associés dans le traitement des séquelles de l'adénite cervicale tuberculeuse. (Journal de Radiologie et d'Electrologie, 1923, n° 9).

MAHAR (Paris). — La radiothérapie dans les adénites tuberculeuses. (Bulletin de la Société Française d'Electrothérapie Médicale, 1913).

Radiothérapie des adénites tuberculeuses ; effet du traitement. (La Consultation, 1927, n° 21).

Albert MOUCHET (Paris). — Les adénites tuberculeuses du cou. (Journal de Médecine de Paris, 1924, n° 9).

OMBREDANNE (Paris). — Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. (Paris, 1925 ; Masson, 1925).

G. PIERQUIN (Paris). — Généralités sur la Radiothérapie pénétrante.

POVESI (Italie). — Radiothérapie des adénopathies tuberculeuses. (Gazzetta Medica Italiana, 1914).

Axel REYN (Copenhague). — Les limites du traitement roentgénétherapique des adénites tuberculeuses. (Journal de Radiologie, 1921).

ROEDERER (Paris). — Radiothérapie dans les tuberculeuses ganglionnaires, articulaires et osseuses. (Thèse, Paris, 1906).

SAIDMANN (Paris). — Sur les prétendus dangers de l'actinothérapie. (Bulletin Officiel de la Société Française d'Electrologie).

Vincent PASCHETTA (Nice). — Roentgénétherapie, actinothérapie des adénites cervicales tuberculeuses. (Thèse, Paris, 1928).

J. AIMARD et H. DAUSSET (Paris). — L'ultra-violet. La lumière solaire artificielle. L'infra-rouge. (1 vol., L'extension scientifique française, Paris).
Aïmes, 1913, Thèse de Montpellier.

ASHKEWITCH. — Le traitement de la tuberculose par les Rayons ultra-violets. (Congrès de Léningrad, mars 1925).
(Revue d'Actinologie, 1925, n° 2, octobre. Dec. p. 116).

T.-T. BAKER. — Light sources, used in actinotherapy. (British Journal of Radiology, XXXI, 1906, mars, p. 105).

Ch. BENOIT (Paris). — Utilisation des radiations ultra-violettes en thérapeutique. (Paris Médical, XLV, 1922, partie médicale, n° 50, 16 déc., p. 537).

Emlie BERAUDY (Paris). — Du traitement des adénites cervicales tuberculeuses de l'adulte par la lampe à arc, en irradiations locales. (Thèse, Paris, 1927).

Léon BIZARD et Lucien MARCERON (Paris). — L'actinothérapie générale dans les tuberculoses de l'appareil lymphatique (Adénites tuberculeuses et adénopathie trachéo-bronchique). (Le Bulletin Médical, XXXIX, 1925, n° 22, 27 et 30 mai, p. 625).

CARRENO (Buenos-Ayres). — Les Rayons ultra-violets dans la tuberculose des enfants. (Semana Medica, Buenos-Ayres, sept. 1926).

- J. CASTAIGNE (Paris) et M. D'ŒLNITZ (Nice). — L'Héliothérapie dans les affections tuberculeuses de l'enfance, indication et posologie. (Journal Médical Français, 1913, 15 novembre).
- Jean COUDERC. — Contribution à l'étude des Rayons ultra-violet dans les tuberculoses chirurgicales de l'adulte. (Thèse, Paris, 1926).
- James CROCKET (Glasgow). — Ultra-violet, light in tuberculosis. (The British Medical Journal, 1926, 3 avril).
- H. DAUSSET (Paris). — L'utilisation en thérapeutique médicale des Rayons ultra-violet (lampe en quartz à vapeur de mercure. (Paris Médical, XV, 1914, n° 30).
- FOVEAU DE COURMELLES (Paris). — L'héliopathie : dangers des ultra-violet. (La Presse Médicale, XXXV, 1927, n° 77).
- LE REBOULET (Paris). — Résultat de l'enquête sur les accidents et suites tardives de l'actinothérapie. (Annales de l'Institut d'Actinologie, 1926, n°s 1-2, janvier-avril).
- NOBECOURT (Paris). — Résultat de l'enquête sur les accidents et suites tardives de l'actinothérapie. (Annales de l'Institut d'Actinologie, 1926, n°s 1-2, janvier-avril, p. 98).
- P. OLIEU. — Le test thermique appliqué à l'actinothérapie des tuberculoses abdominales. (Montpellier, 1931).
- J. RENAUT (Paris). — Résultat de l'enquête sur les accidents et suites tardives de l'actinothérapie. (Annales de l'Institut d'Actinologie, 1926, n°s 1-2, janvier-avril, p. 98).
- Axel REYN (Copenhague). — Les bains généraux de lumière. (Hospitalstidende, LXVIII, 12 mars 1925 ; Revue d'Actinologie, II, 1926, n° 1, janvier-mars).
- Jean SAIDMANN (Paris). — Sur la technique des Rayons ultra-violet. (Bulletin Officiel de la Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie, XXXII, 1924, n° 6, juin, p. 166).

Les Rayons ultra-violets en thérapeutique. (Doin, 1925).

Sur les prétendus dangers de l'actinothérapeutique. (Bulletin Officiel de la Société Française d'Electrologie et de Radiologie, XXXV, 1927, n° 1, janvier, p. 42).

V. PASCHETTA. — 1° Roentgenthérapie et actinothérapie des adénites cervicales tuberculeuses. Thèse de Paris, 1928).

2° Bulletin de la Société de Médecine et de Climatologie de Nice, mai 1930.

3° Archives d'Electricité Médicale (décembre 1928).

4° Bulletin de la Société de Radiologie Médicale de France (avril 1930).

SERMENT d'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Dédicace	7
Introduction	11
Adénites cervicales tuberculeuses	13
Roentgenthérapie	17
Actinothérapie	20
Observations	29
Conclusions	35
Bibliographie	39
Serment d'Hippocrate	45

1877

